

Democracia local, participación en salud y Trabajo Social

ANA ISABEL RUIZ ROJAS

Resumen:

La Participación en Salud, tema recurrente en Trabajo Social, es tratado en este artículo desde la óptica de un ejercicio profesional en la Caja Costarricense de Seguro Social y sobre la base de tres categorías dicotómicas: individual-colectivo, centralismo-participación, participación nominal - participación real. Tiene como referente práctico, el criterio de un grupo de profesionales en Trabajo Social que se desempeñan en el campo. Entre los puntos de llegada se destaca la necesidad de fortalecer la dimensión metodológica y estratégica, previa definición de la imagen objetivo que la profesión define para la Participación en Salud. Se incluyen algunas interrogantes que pueden ayudar a esta precisión y también a potenciar la participación en salud desde los múltiples espacios y las diversas acciones que se despliegan cotidianamente.

Palabras descriptoras: Participación social - Ciudadanía Trabajo Social - Salud Integral

Introducción

La democracia local remite a un tema vasto, complejo, de actualidad y susceptible de ser abordado desde muy diversos ángulos y con diversos componentes. Nos proponemos abordarlo desde el componente "participación social en salud"; tema relevante y retador para el Trabajo Social. Relevante, porque es un espacio abierto formalmente a la profesión, en el cual participa un importante número de profesionales y, especialmente, porque la salud, es síntesis de fenómenos y procesos socio económicos, culturales, biológicos y ambientales directamente relacionados con las condiciones de vida de las personas y por tanto un área significativa para la población y para el Trabajo Social.

Es un tema retador porque aún con toda la experiencia acumulada, la profesión tiene tareas pendientes en el campo de la participación en salud, especialmente en la construcción de procesos ampliamente incluyentes de la diversidad que se vi-

ve en el espacio local, para el ejercicio de la ciudadanía en este campo. Sabemos que muchos de los esfuerzos conducen a procesos débiles, de poca cobertura y de escaso protagonismo de las personas.

El tema de la Participación Social tiene, en primer lugar, una importancia política frente a los problemas de la gobernabilidad y a procesos como la Reforma del Estado y el Fortalecimiento de los Gobiernos Locales. Desde la perspectiva de las personas en el nivel local, interesaría responder a Interrogantes como ¿cuál es la participación que aumenta la democracia?, ¿para qué participar?, ¿desde cuáles espacios participar?, ¿cómo participar?, ¿cuándo participar?. Estas son preguntas que se responden desde esta dimensión política y ayudan a esclarecer las posibilidades de la democracia local. La participación en salud vincula con la construcción de la ciudadanía y el fortalecimiento de la vivencia, defensa y exigibilidad de los derechos humanos, elementos que le dan relevancia social

y política a la vez.

Desde el punto de vista profesional, además de la relevancia política y social, la democracia local y la participación social tienen un interés teórico y metodológico. Teórico porque puede impulsar el desarrollo de nuevas explicaciones sobre la dinámica local y sus relaciones con otros ámbitos, que alimenten nuevos procesos o experiencias prácticas de participación. Desde el punto de vista metodológico y estratégico el interés radica en que se crea la oportunidad de fortalecer la acción profesional de Trabajo Social en el espacio local que si bien es cierto, ha estado abierto desde siempre, puede ahora ser fortalecido mediante la promoción de un mayor protagonismo de las personas. En otras palabras, la participación de Trabajo Social en este campo es una oportunidad para la creación de espacios y procedimientos que permitan el involucramiento voluntario y efectivo de las personas.

La sintonía que, a nivel nacional,

tienen los y las profesionales de Trabajo Social en salud, con el tema de la participación, ofrece condiciones para compartir y recrear el sustento teórico y las estrategias metodológicas para favorecer estos procesos. Decimos que hay sintonía porque la participación en salud es un tema inherente al ejercicio profesional en todos los rincones del país y ha sido objeto de la capacitación en servicio en la Caja Costarricense de Seguro Social y en el Ministerio de Salud.

Al hablar del tema es importante recordar que en el espacio local en el que se espera se concrete la participación, se manifiestan las identidades culturales, la diversidad de condiciones de vida, intereses y motivaciones múltiples y cambiantes y se reproducen las relaciones económicas, sociales y políticas. En ese espacio ocurre la expresión de la participación ciudadana y también de la exclusión social y se construye la desesperanza o bien las posibilidades de avance hacia niveles de mayor inclusión, solidaridad y responsabilidad. En la localidad puede concretarse la vigilancia del cumplimiento de los derechos humanos y de los propósitos y del buen uso de los recursos en la acción pública. La función fiscalizadora que se le atribuye a las Juntas de Salud es un ejemplo de ello. La dinámica local evidencia el carácter de construcción histórico social de procesos como la salud, la democracia y la participación. En otras palabras, evidencia procesos desiguales, con orígenes y posibilidades de cambio también desiguales. La participación en salud debe tener como base esta diversidad y las inequidades que conlleva.

La participación en salud implica trabajar en torno a las "condiciones de habilitación ciudadana" de que nos habla *El Informe de Auditoría ciudadana sobre la calidad de la democracia en Costa Rica (Proyecto Estado de la Nación, 2001:124)*, o sea, "las capacidades mínimas que las personas requieren para funcionar como ciudadanos (Sen, 1992) es decir, el reconocimiento legal y administrativo de su derecho a participar en la delibera-

ción de asuntos públicos, aptitudes físicas y mentales para adoptar decisiones de manera conciente y autónoma y conocimientos básicos para entender, si así lo desea, los temas de la deliberación pública. Son aquellas condiciones que erradican las desigualdades sociales extremas. El concepto de habilitación ciudadana toca un tema controversial: la importancia de la equidad social para la democracia".

En el campo de la salud en el que tanto se ha hablado de la desconcentración de servicios y de la participación social, Trabajo Social tiene la responsabilidad de fortalecer su participación en la promoción del derecho a la salud y más aún, de precisar qué es el ejercicio de la ciudadanía en el campo de la salud.

Este tema de la participación social en salud se estudia en el marco del proyecto de investigación "Democracia local: conciencia y acción", desarrollado en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica.

En este artículo se reflexiona sobre la participación de Trabajo Social en estos procesos locales, a partir de la consideración de tres dicotomías que consideramos básicas en torno al tema:

** De una perspectiva individual a una colectiva de la salud*

** Del centralismo a la participación y*

** De la participación nominal a una participación real*

También se tiene en cuenta para el análisis, el criterio de profesionales de Trabajo Social de nueve Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, a quienes se consultó sobre su experiencia en participación en salud.

De una perspectiva individual a una colectiva.

Esta dicotomía construida con fines analíticos, permite abordar el cambio de paradigma, el tránsito de una a otra concepción de la salud.

Estudiar el tema de la participa-

ción en salud, supone adentrarnos en el conocimiento de cómo en el espacio local se da el tránsito entre el involucramiento de las personas en asuntos de salud con una perspectiva individual, hacia una participación con una perspectiva de salud integral colectiva y este tránsito supone también el cambio de paradigma, de uno predominante, que privilegia la perspectiva biológica de la salud, hacia otro holístico, que concibe la salud como resultado de las condiciones de vida.

El paradigma predominante en la explicación y atención de la salud, que ubica en la singularidad de los individuos no solo las manifestaciones de una buena o una mala salud, sino también las explicaciones y las posibilidades de su solución, lleva a que la participación y la democracia local en salud se vea limitada a esos requerimientos y posibilidades individuales y, más aún, a la atención de las manifestaciones individuales no de la salud sino de la enfermedad.

Este paradigma subyace en las propuestas y respuestas del Estado y sus instituciones, a pesar de que en el discurso se trate el tema de la salud integral y de su construcción social, y ha llevado al desarrollo de mecanismos individuales de distribución del ingreso, que en el caso de Costa Rica se concreta en un sistema de atención de la salud (más bien de la enfermedad), que en términos generales llena las expectativas de la población que, comúnmente piensa la salud, desde el mismo paradigma, como ausencia de enfermedad y espera que la atención de la salud que se ofrece desde esas instituciones sea la curación de la enfermedad. Las preocupaciones y demandas de la población se centran en reducción de filas, reducción de tiempos para las citas con los especialistas, entrega de todos los medicamentos recetados y el mejoramiento en la atención en general.

La Caja Costarricense de Seguro Social (Guzmán y otros 1999: 24) define la salud como construcción social y destaca que "la relación entre lo social y lo biológico no es una relación de contigüidad externa, no son realidades separadas, si-

no que lo biológico está determinado por lo social". El documento se apoya en el pensamiento de Breilh (1994:39) quien señala que "El proceso de la salud en el ser humano no es un fenómeno biológico, es un proceso socio-biológico integrado y dinámico, determinado por leyes distintas a las del resto del mundo animal y vegetal. La nueva unidad entre lo social y lo biológico que surgió al aparecer el ser social humano implicó, desde entonces, el sometimiento y recomposición del funcionamiento de las leyes biológicas a las leyes sociales".

Es precisamente esta perspectiva de la salud la que permite entender la razón de ser de la atención de la salud integral por un lado y de la participación social por otro. Esta perspectiva es la que da sentido al involucramiento de las personas en tanto sujetos que en sus situaciones, con sus saberes, prácticas cotidianas, creencias y expectativas, crean y recrean cada día, dentro de los límites de su entorno social, las condiciones para el disfrute de la salud y la salud misma y son las que experimentan día a día, la buena o la mala salud.

Quizás uno de los retos profesionales centrales es trabajar teniendo como puntos de partida:

** una situación de salud que la población problematiza esencialmente a nivel indivi-*

dual y biológico,

** una situación de pobreza de un importante sector de la población, que impide el desarrollo de la salud integral,*

** y un sistema de atención de la salud, que sigue poniendo énfasis en una perspectiva biológica de la salud.*

A partir de estas consideraciones, Trabajo Social puede definir estrategias para lograr una visión holística de la salud por parte de la población y estimular procesos en red, o sea, articulaciones estrechas de múltiples actores locales en torno a la salud de la población, que saquen ventaja de la fragmentación que expresa la respuesta institucional.

Sobre el protagonismo de la población, el Informe de Auditoría ciudadana sobre la calidad de la democracia en Costa Rica (Proyecto Estado de la Nación, 2001:41), al hacer referencia a la fuerza insospechada de la democracia señala que "No se trata de ciudadanos insaciables. Son personas que descubrieron que ser ciudadanos sirve para otras cosas además de votar cada cierto tiempo; que generan y negocian expectativas colectivas para evaluar y dirigir sus encuentros cotidianos con las instituciones públicas y con los demás; y que no están dispuestas, por ahora, a ponerle un punto final a su aventura con la democracia."

La participación social en salud, supone entender la salud de una manera tal que creamos en que las personas tienen qué decir, qué decidir, qué hacer, qué vigilar, qué evaluar sobre la salud. Una perspectiva biológica de la salud da protagonismo a quien sabe de esa biología y sus trastornos y deja al margen a las demás personas. Una perspectiva integral de la salud vincula la dimensión económica, social, cultural, ambiental e implica todos los saberes, todos los actores, todas las experiencias, todas las voluntades y a toda la gente en sus propias condiciones de existencia.

La perspectiva de salud integral y social, debe ser experimentada por las personas, se trata de una nueva comprensión de la salud en la que a partir de la vivencia individual de la buena o mala salud, es posible pasar a entenderla como fenómeno colectivo social del que formamos parte. Se trata de encontrar las explicaciones particulares y generales de las singularidades de la salud y la enfermedad que cada persona experimenta y descubrir los mínimos de que habla Adela Cortina (1999:81) "la base común para ir construyendo desde ellos, responsable y en serio, un mundo más humano" La misma autora agrega que esos mínimos son: el respeto a unos derechos, el aprecio a unos valores y la estima de una actitud dialógica". Estos elementos nos unen en causas comunes; y es que precisamente en salud y a fuerza de un abordaje individual, estos mínimos no son tan evidentes a las personas. Esta es una condición para la democracia.

Podría decirse, con apoyo en Castellanos (1987) y Breilh (1994) que la problematización de la salud en la población, se ubica predominantemente en nuestro país en el plano singular (de la expresión de cada persona) y ésta debe llevarse hasta el plano particular de grupos específicos (según condiciones de vida en las que se conjugan condiciones económicas, de género, étnica, edad, procedencia geográfica, actividad laboral, entre otras) para llegar luego a las explicaciones generales sobre las condiciones de vi-



da y salud de la población.

Los espacios y los encuentros en el ámbito local de profesionales en Trabajo Social con las personas, son oportunidades para este redescubrimiento, para una transformación en la percepción de las personas sobre la salud.

Del Centralismo a la Participación

El estudio de la participación también tiene que ver con la percepción y experiencia local de las personas sobre los procesos de CENTRALISMO y la DESCENTRALIZACIÓN en la gestión. En el campo de la atención de la salud, la participación de la población ha tenido la característica de ser predominantemente utilitaria por parte del Estado y restringirse, en buena medida, a que la población sea proveedora de algunos recursos y servicios. En segundo lugar, la participación se visualiza con fines de información y educación de pequeños grupos, más que a la posibilidad de que la población fiscalice la salud y el cumplimiento de la calidad en la atención de la salud como un derecho de la población y participe en las decisiones que sobre estos dos aspectos, deban tomarse.

Las posibilidades de la democracia local están mediatizadas también, por la naturaleza del poder que se delega en el nivel local y las posibilidades y disposición de la población de tomar decisiones y participar de la gestión la salud desde ese ámbito. Hoy en nuestro país se visualiza, una limitada posibilidad en los funcionarios de la salud para estimular o promover la participación democrática por parte de los ciudadanos y también limitadas posibilidades, desinterés, apatía e indiferencia de la población para asumir las responsabilidades que el ejercicio de la democracia local requiere.

Valverde, Trejos y Mora (1993:219) señalan que la participación "no es comprendida como una forma de promover el desarrollo social, político, cultural y humano de los directamente involucrados en

los programas mediante un incremento de su capacidad de gestión, sino que la mayoría de actores (pobladores, dirigentes locales, partidos políticos, instituciones estatales, gobierno), la conciben como una forma de ejercer control y poder político sobre la población, terminando por este camino en su propia negación"

Se trata de transitar del anonimato al protagonismo, como dice A. Cortina, (1999:19) "de convertirse realmente en un pueblo con ideales, ilusiones y esperanzas, o quedarse en una masa amorfa de átomos, que no de individuos, menos aún de personas".

Cómo puede Trabajo Social coadyuvar a esta causa desde el espacio de la salud? ¿Cómo puede aumentar la fuerza atractiva de estos procesos en las personas con que se trabaja?

Participación real o participación nominal

La disyuntiva entre la participación nominal y la participación real, es otro asunto de interés en el campo de la democracia local. Alcanzar una participación real expresada en un proceso sostenido de involucramiento que tenga en su base una adecuada y oportuna información y que avance a la adopción del ejercicio de la democracia con todas sus implicaciones, supone la creación de una cultura de la participación y en Costa Rica aún se visualiza como débil.

Los procesos de democratización en el nivel local que lleven a las personas a asumirse como sujetos con derechos y deberes y con posibilidades de darle dirección a los procesos sociales, requieren también de un proceso de fortalecimiento de la identidad cultural (nacional regional y local)

Compartimos el concepto de participación de Agüero, M. y otras (1999:36), quienes la definen como:

"Proceso de involucramiento de las personas que se construye a

partir de las iniciativas, intereses y necesidades de las mismas, orientado hacia las decisiones y soluciones necesarias al bienestar individual y general. [...] La construcción de este concepto indica proceso, etapas que se acumulan y superan. [...] La participación busca resolver necesidades y expectativas que sabemos son desiguales en la sociedad y debe reconocerse que los espacios y mecanismos no son los mismos, como tampoco las relaciones de poder que se tejen".

Aquí vale cuestionarnos sobre ¿cómo practicar la democracia con participación real en salud? Algunos elementos orientadores son los que refieren a prácticas como:

* La rendición de cuentas

* Los procesos sistemáticos de consulta y diálogo entre autoridades y ciudadanos.

* El acceso a información amplia y confiable.

* La preocupación de las personas por la protección y defensa de los derechos y el uso de los espacios y organizaciones disponibles.

* La actitud vigilante de la población sobre su salud y la del ambiente.

* La actitud vigilante de la población sobre la atención de la salud y el uso adecuado de los recursos públicos.

* La exigencia permanente de un trato respetuoso.

* La consideración de los intereses de todos, en las decisiones locales.

La participación tiene que llevar a las personas a trascender la información y la educación hacia un pensamiento crítico y hacia acciones que permitan ejercer la ciudadanía.

La aproximación al conocimiento de este tema mediante la consulta a las profesionales, nos permiten los siguientes puntos de llegada:

Puntos de llegada

* El conocimiento del tema.

El abordaje de un tema y problema requiere una postura clara y fun-

damentada frente a él.

Si bien el tema de la participación ha permeado desde hace bastante tiempo la formación y el ejercicio profesional, no ha tenido la presencia y la fuerza necesaria en la formación en Trabajo Social ni se ha dado preponderancia al componente epistemológico y metodológico que este proceso requiere. Esto, en el caso de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, solo ha ocurrido recientemente. En consecuencia, es de esperar que las y los profesionales en Trabajo Social hayan conocido sobre el tema de la participación social en salud, mediante la formación en servicio.

Al consultar a un grupo de Trabajadoras Sociales de la Caja Costarricense de Seguro Social, la mayoría señala que su principal fuente de conocimiento sobre el tema ha sido un curso que ha ofrecido la institución. La segunda fuente de conocimiento del tema es la práctica cotidiana y la lectura de textos.

Hay en esencia una autoformación que siendo loable puede resultar insuficiente para impulsar procesos con perspectiva nacional que produzcan un impacto apreciable y significativo en la población. La realimentación profesional de las acciones y los procesos en red deseables, pueden verse limitados si no hay una formación sistemática y común entre las personas que tienen la posibilidad de impulsar y orientar estos procesos. Esto se convierte en una limitante teórico metodológica.

** ¿Por qué la Participación Social en salud?*

El propósito de la acción profesional es otro asunto a clarificar. Al preguntar por las razones por las cuales las autoridades de la Institución (CCSS) impulsan procesos de participación, las profesionales consultadas expresan criterios diversos que pueden sintetizarse en:

- * Para responder a un nuevo paradigma de salud.*
- * Para mantener la democracia.*

** Para vigilar la calidad de los servicios.*

** Para movilizar recursos locales y abastecer los EBAIS.*

** Para disminuir costos de la atención de la salud (o trasladarlos al nivel local).*

Resulta interesante el señalamiento de dos argumentos bien diferenciados:

** uno que refiere a un cambio en el paradigma de salud (democratización y vigilancia)*

** y otro que remite a un sentido o finalidad instrumental, utilitario, de atraer recursos materiales locales y disminuir costos a la institución.*

Ambos argumentos pueden llevar a acciones diferentes y hasta contrapuestas. Las acciones que se impulsen a nivel local es seguro que se mediatizan por la fuerza de uno u otro de estos argumentos y el impacto que ese argumento tiene en la motivación de las funcionarias y los funcionarios y en la disponibilidad, claridad y compromiso de las personas de las que se espera su participación.

Cuando la pregunta se enfoca a las razones que llevan a Trabajo Social a impulsar procesos de participación en salud, las respuestas son menos contrapuestas pero muestran alguna imprecisión y fragmentan lo que puede ser la imagen objetivo de la profesión frente a la participación en salud. Las profesionales responden:

** La población debe ser sujeto. Debe ser responsable de su salud.*

** Debe ofrecerse conocimiento e información a las personas para que conozcan sus espacios.*

** Para que la gente conozca las acciones a nivel local*

** Para que la gente distinga si se da calidad*

** Para cumplir una política*

** Por motivación profesional*

** Porque los problemas son de origen colectivo*

** ¿Cómo se entiende la participación?*

De qué participación hablamos? Esta es otra interrogante necesaria.

Al dirigirla a las profesionales las respuestas son las siguientes:

** ENCUENTRO entre instituciones y actores para la planificación de acciones.*

** INTEGRACIÓN de necesidades e intereses de las instituciones y de la población.*

** ACTITUD activa del ciudadano hacia su realidad.*

** RELACIÓN horizontal entre instituciones y la comunidad.*

** PROCESO de negociación, democratización del conocimiento y mejoramiento de la calidad de vida.*

** COMPROMISO adquirido por las personas dentro de los nuevos planteamientos en salud.*

** INCORPORACIÓN de las personas representando intereses de un grupo mayoritario.*

** PROCESO de búsqueda de respuestas en el que todos los sectores sociales se ven representados.*

** PROCESO que implica motivación, diagnóstico, planificación, evaluación en salud.*

** PROCESO SOCIAL en el que convergen los actores sociales y se convierten en sujetos que transforman.*

** PROCESO DINÁMICO en el que todos los actores se comprometen a mejorar la salud de la población. Implica cambios estratégicos, implica romper paradigmas.*

Estas respuestas pueden agruparse con fines analíticos, de la siguiente manera:

** Asumirse como sujeto (actitud activa del ciudadano., compromiso de personas., proceso de convergencia de actores que transforman) .Esta es la esencia de la participación, la razón de ser.*

*** Reunión de criterio**
(encuentro, integración, relación, incorporación, proceso de búsqueda...) La reunión de puntos de vista de diversos actores no implica necesariamente Participación. La consulta a diversos actores es un momento dentro del proceso, pero resulta insuficiente para definir la participación si el criterio reunido no influye en la decisión y si a ese momento no le suceden otros que den continuidad a ese

proceso iniciado. Pero sí, la reunión de criterio puede hacer posible la construcción de la perspectiva colectiva e integral de la salud, poner en común, acordar los mínimos que nos unen.

* Proceso de trabajo

(negociación, democratización.. motivación, diagnóstico, planificación, evaluación..). Un proceso ordenado de trabajo por sí sólo, no garantiza la participación aunque es un ingrediente fundamental y expresa la búsqueda de participación real.

Es importante encontrar la noción de "proceso" en varias de las respuestas aunque no refiere con claridad al crecimiento personal en el ejercicio de la ciudadanía y el cumplimiento de los derechos. Si bien no es explícita, la variable "poder" está presente en varias de las apreciaciones: negociación y representación, por ejemplo. Pero lo más importante es que, a nuestro modo de ver, la Participación supone las tres cosas juntas: asumirse como sujeto, tener una clara intención o motivo y desarrollar un proceso tal que permita lograr el propósito.

Esta es una fortaleza que puede potencializarse a nivel gremial con la recuperación de la discusión sobre este tema específico y puede construirse y adoptarse una definición operativa. Cómo visualizamos a las personas participando, qué es lo que deseamos que logren y cuál es el proceso que se estimulará desde Trabajo Social para que se logre el propósito imaginado, para que se alcance la imagen objetivo.

* ¿Participación para qué?

El sentido de la participación es otro asunto clave. Al consultar a las profesionales si en los procesos de participación que se impulsan, existe interés institucional en que las personas asuman cuotas de poder paulatinamente, todas opinan que no. Es criterio de las profesionales, que interesa:

- * *Problematizar la salud como derecho y como expresión desigual*
- * *Trabajar la salud con equidad,*

* *Trascender el enfoque individual de la salud*

* *Fortalecer la cultura de la Participación.*

* *Evaluar y dar seguimiento a los servicios de salud.*

Las respuestas remiten a crecimiento democrático de ciudadanos y ciudadanas que son sujetos y como tales pueden lograr paulatinamente, cuotas de poder en el sentido de incidir en decisiones que benefician la salud de todos.

* ¿Es un proceso interdisciplinario?

La participación de otras disciplinas se da en todos los procesos de participación social en salud que desarrolla Trabajo Social desde las Clínicas. Las que participan son: psicología, psiquiatría, enfermería, medicina familiar, ginecología, educación, orientación, ingeniería, microbiología, farmacia, personal administrativo y asistentes de atención primaria en salud. Esto es una fortaleza en tanto hay disposición, trayectoria, experiencia acumulada de trabajo con otras disciplinas.

Al consultar por la forma de participación de otras disciplinas, todas las respuestas refieren a "charlas" con lo cual se corre el riesgo de perder la idea de proceso señalada antes y constituirse en sumatoria de temas. Sobre esto no se logró profundizar pero es un asunto que merece ser reflexionado a nivel gremial.

* Espacios locales de participación en salud

De las entrevistas realizadas fue posible reunir la siguiente información sobre los espacios o instancias en que las y los profesionales se encuentran con las personas en forma grupal y tienen la oportunidad de construir procesos de participación social en salud. Decimos que tienen la oportunidad porque en ninguna de las entrevistas realizadas, se señaló el trabajo con estos grupos, como un trabajo de participación social en salud aunque valoramos esos espacios como de amplio potencial.

De esta información destaca un

trabajo con la población a partir de situaciones de enfermedad más que de salud: hipertensión, diabetes, depresión, baja autoestima, alcohol, drogas, agresión, dengue. En otras palabras, el tema que parece convocar y agrupar a las personas es la enfermedad. En cuanto a los grupos de edad y por sexo, se aprecia un trabajo con diversos grupos: adulto, adulto mayor, mujeres, adolescentes, escolares. Esta separación parece obedecer al criterio de riesgos diferentes en cada grupo.

Las actividades que se desarrollan son esencialmente de tres tipos: sesiones de grupo, ferias de la salud y campañas. En todas ellas parece prevalecer un propósito informativo y de educación, fase indispensable en los procesos participativos para trascender a otros niveles. También se aprecia un propósito de recreación de las personas en el grupo.

Llama poderosamente la atención que las personas entrevistadas, expresan tener, en ese momento, una participación tangencial en las Juntas de Salud ya que su participación se restringe a la promoción de la Asamblea en que se constituye la Junta como tal y en algunos casos, en actividades de capacitación inicial. Posteriormente, se pierde el contacto y esa instancia establece el vínculo con la Dirección Médica de la institución a la que pertenece. Las profesionales consultadas, expresan limitaciones de tiempo para participar en esta instancia.

La Junta de Salud según la Ley que las crea, es una instancia de comunicación y fiscalización por excelencia y todos los demás grupos podrían establecer vínculos para que la Junta represente sus intereses y vigile y promueva una atención de calidad a sus necesidades.

* ¿Dónde están las limitaciones a la participación?

Ante esta pregunta, las profesionales consultadas ofrecen respuestas atribuidas unas a la población: "las personas no responden"; y otras ponen énfasis en las condiciones de trabajo: "recargo de las ta-

Espacios de encuentro de Trabajo Social con la población en el campo de la salud.

ESPACIOS/ PERSONAS	FINALIDADES
Grupo de personas con problemas crónicos de salud: hipertensos, diabéticos.	Control de la enfermedad Información Educación Socialización
Grupo de esterilidad (mujeres y parejas)	Información y educación en temas de familia y salud reproductiva.
Educación en salud con escolares	Información y educación.
Grupo deprimidas	Sesiones socio educativas y terapéuticas.
Salud integral y comunidad (mujeres)	Educación e información sobre su condición de ser mujeres. /Proyecto productivo.
Grupo de mujeres. (Autoestima)	Fortalecer rol de mujeres mediante la información y educación.
Padres de familia	Manejo de niños. Relaciones familiares mediante la información y consulta.
Clínica del Adolescente en riesgo y su padres.	Información y educación. Sobre sexualidad, noviazgo, etc.
Adolescentes protagonistas	Deberes y derechos. Autogestión de proyectos.
Escolares	Educación en salud bucodental, autoestima y prevención de accidentes.
Juntas de salud	Trabajo Social participa en la fase de conformación de la Junta.
Grupo de mujeres agredidas	Educación y apoyo terapéutico a víctimas de violencia
Asociación de mujeres	Apoyo socio educativo para pequeña empresa productiva. Género, Legislación, Pequeña empresa.
Preparación para el parto.	Información y preparación para el parto.
Adultos Mayores	Promover estilo de vida saludable. Información, ejercicio físico, socialización expresión artística.
Grupo de niños escasos recursos	Proyecto productivo.
Docentes	Educación, disciplina, inteligencia emocional. Manejo de los niños: medidas correctivas, déficit atencional, autoestima
Vigilantes de la salud	Promoción y vigilancia de la salud y la participación.
Funcionarios de la salud	Capacitación en salud y participación
Ecos- Voluntarios en salud	Apoyar la educación en salud. Difusión
Campañas (dengue, vacunación)	Educación, detección, participación masiva en la campaña.
Comisión de emergencia	Formulación de planes, Inspecciones y capacitación, comités de apoyo
Feria de salud	Promoción de estilos de vida saludables.

Elaboración propia con base en la información ofrecida por las profesionales de Trabajo Social.

reas de promoción de la participación en Trabajo Social y sin el apoyo de los niveles altos”, “recargo de tareas de carácter asistencial que restan tiempo para las de promoción social”, “falta de recursos materiales para el desarrollo de las sesiones de trabajo (refrigerios y vehículo, por ejemplo) Solo una respuesta refiere a falta de formación profesional en ese campo. Parece ser que las limitaciones para una participación social en salud, en lo que atañe a Trabajo Social, puede estar en:

- Una formación poco sistemática y heterogénea en el tema,
- Una orientación difusa del propósito de esa participación,
- Una organización del tiempo profesional que limita la posibilidad de dedicar el tiempo a la promoción de la participación en salud.

* Los retos profesionales en el campo de la participación

Se preguntó a las profesionales sobre los retos en el campo de la participación, las respuestas fueron las siguientes:

- Aumentar el recurso humano
- Incluir la participación en los compromisos de gestión (ya se está logrando)
- Aumentar la efectividad y cobertura
- Trascender la casuística.

No se aprecia un ideal de participación en el nivel local, una “imagen objetivo” a la cual puedan tender los esfuerzos de la profesión. Cómo imaginamos a la población cuando alcance un nivel de madurez en participación, una vez que los procesos se hayan desarrollado en todos sus niveles? Cuál tiene que ser la forma de trabajo profesional para que esta participación deseada se alcance?

Reflexiones finales

Este acercamiento al conocimiento del tema y a la vinculación de Trabajo Social en la participación de salud, si bien no permite ninguna generalización, nos lleva a decir que son muchos los espacios de encuentro de las y los profesio-

nales de las clínicas de la CCSS con la población, los cuales pueden aprovecharse para promover nuevos niveles de participación y construir ciudadanía. Por ahora el trabajo parece tener un marcado énfasis en la información y educación, dos propósitos básicos pero no suficientes para hablar de participación social en salud. Es necesario pensar en cómo puede forjarse ciudadanía desde cada uno de esos grupos (grupos de hipertensos, diabéticos, adulto mayor, madre adolescente, padres y madres de familia, escolares, adolescentes, entre otros...), y qué nuevos espacios pueden abrirse para fortalecer la participación en salud.

Desde el punto de vista social, los problemas que aborda Trabajo Social en las Clínicas en las que se hizo la consulta, tienen directa relación con los derechos humanos en especial con el derecho a la salud y a una atención responsable y de calidad desde la institución.

Sobre la dicotomía *perspectiva individual- perspectiva colectiva* es necesario que las acciones que cotidianamente se realizan tengan la clara intención de pasar de una comprensión de las situaciones de salud como expresión individual hacia la comprensión holística y colectiva. Por ejemplo, puede pensarse en el análisis de las barreras para disfrutar la salud como un derecho, las desigualdades de los diversos grupos en la vivencia de las situaciones de salud, analizar los cambios que se requieren y construir agendas de trabajo que incluyan la construcción de vínculos con otros grupos. Para lograr un mayor sinergismo (cobertura y potencialización de resultados) en las acciones es necesario el fortalecimiento de la dimensión metodológica y estratégica en forma sistemática y generalizada entre los y las profesionales que participan en esos procesos, lo cual puede llevar a nuevas formas de pensar el Trabajo Social Institucional.

Sobre la segunda dicotomía *centralismo-participación*, el campo de la salud puede servir para articular las instancias, organizaciones e instituciones locales y dar fuerza a la

participación local. Los diversos procesos grupales pueden alcanzar un mayor impacto y sostenibilidad en el tiempo, si se articulan a las Juntas de Salud y a los Gobiernos Locales, instancias locales que tienen la potestad de asumir asuntos relativos a la salud de grupos específicos de mujeres, niños y niñas, indígenas, trabajadores, entre otros, que viven condiciones de vida particulares. Estos son ámbitos valiosos para que Trabajo Social incursione, si aún no lo hace, promoviendo un trabajo local en red.

En los puntos de llegada a los que se ha hecho referencia es posible visualizar la necesidad de hacer nuevas interrogantes a la práctica profesional que puedan orientar estas acciones hacia otros niveles de participación con estrategias novedosas y atractivas. La vigilancia de la salud, el diálogo de la población con las autoridades, la perspectiva de los derechos más que la de las necesidades, son prácticas concretas que fortalecen la democracia local y abren nuevas puertas a la participación.

Con relación a la tercera dicotomía, *participación nominal-participación real*, resulta saludable revisar la imagen objetivo que se ha construido para cada uno de los grupos; para ello es útil interrogarse sobre el propósito o sentido de la acción con ellos y de la participación de las personas en ellos. Algunas preguntas útiles son:

* *¿Cómo vemos (a futuro) estos grupos una vez que se ha trabajado con ellos?*

* *¿Cuál es la diferencia esperada después de la intervención, tanto para cada individuo como para la colectividad de personas y su entorno familiar y comunal en términos del derecho a una vida saludable en un entorno saludable? ¿En qué sentido cambia su calidad de vida? ¿En qué sentido esperamos se vivencie la salud como derecho? ¿Qué proceso es necesario para lograr estos cambios?*

* *En esa imagen objetivo, ¿Cuál puede ser la participación de las personas en la vigilancia de su salud y de la calidad de la prestación*

de los servicios de salud, tanto individual como colectiva?

La proyección local de las acciones de los grupos con los que trabaja el profesional de Trabajo Social, puede ser otro propósito. Algunas preguntas a responder son las siguientes:

* *¿Cómo puede articularse el trabajo con estos grupos, con otros grupos locales y con el gobierno local para potencializar los logros en las personas?*

* *¿Cómo puede el gobierno local, coadyuvar en el seguimiento y potencialización del trabajo en salud que se hace con los diferentes grupos?*

* *¿Qué acciones pueden llevar a ampliar la cobertura y lograr el sinergismo en las acciones?*

* *¿De qué manera las Juntas de Salud pueden hacer causa común con los diferentes grupos con que se trabaja?*

En el campo metodológico es necesaria la interrogante relativa al método, a la estrategia, al cómo impulsar y evaluar la participación. Algunas interrogantes sugeridas son:

* *¿Cómo pasar de la información y la educación hacia la toma de decisiones relativas a la salud de los diversos grupos y a la vigilancia de la salud como derecho y de los servicios de salud?*

* *¿Cómo trabajar las situaciones problematizadas distinguiendo su vivencia según género?*

* *¿Cuáles espacios y qué mecanismos pueden crearse para la vigilancia de la salud y de la calidad de los servicios de salud como derechos?*

* *¿Cómo lograr una participación creciente en número de personas y en calidad del proceso?*

* *¿Cómo puede contribuir Trabajo Social para que los intereses de la toda la población en el nivel local, sean tomados en cuenta a la hora de las decisiones?*

Es posible apreciar en este acercamiento, la fortaleza de una experiencia acumulada de trabajo con grupos al lado de múltiples profe-

sionales de la salud. Se aprecian también limitaciones en el manejo político de la participación y también en el plano teórico y metodológico en el que se nota una idea común difusa sobre la participación en salud entre las profesionales que responden a las preguntas, lo cual hace pensar en que se pierde fuerza gremial en las propuestas novedosas que las nuevas circunstancias requieren. Teresa Matus (1999:216) cita a Lechner, N. quien dice: "La confrontación con lo nuevo fascina y atemoriza. El despertar tiene su encanto cuando remite a un futuro por conquistar. Sin embargo, cuando la imagen de futuro se diluye, lo nuevo se transforma en una amenaza de lo existente. El mismo presente pierde su perfil y se disgrega, gris en gris" En otras palabras, la apertura hacia el cambio, a lo nuevo, requiere de una claridad compartida del presente y desde luego de una imagen definida y compartida del futuro por construir.

Tenemos, los entes formadores de profesionales en Trabajo Social así como las organizaciones gremiales y otras agrupaciones de profesionales, la imperiosa necesidad de buscar y encontrar junto a la gente con que trabajamos, el encanto de la participación en salud.

BIBLIOGRAFIA

Agüero, M. y otras. (1999) Dilemas y posibilidades de la participación social en salud. Memoria del Seminario de graduación en Trabajo Social. San José. Costa Rica.

Breilh, Jaime (1994) Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Centro de estudios y asesoría de salud (CEAS) Ecuador.

Castellanos, Pedro Luis. (1987) Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. Cuadernos médico sociales. Caracas, Venezuela.

Cortina, Adela (1999) Los ciudadanos como protagonistas. Galaxia Gutenberg. Círculo de lectores. Barcelona. España

Cortina, Adela. (2001) Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la Ciudadanía. Alianza Editorial. Madrid. España.

Guzmán, Ana. y otros (1999) Atención integral en salud. Módulo del curso especial de posgrado en gestión local de salud. Universidad de Costa Rica.

Matus, Teresa. (1999) Propuestas contemporáneas en Trabajo Social. Hacia una intervención polifónica. Espacio editorial. Argentina.

Proyecto Estado de la Nación. (2001) Auditoría Ciudadana sobre la calidad de la democracia en Costa Rica. San José, Costa Rica

Valverde, J.M., J.D. Trejos y M. Mora. (1993) Integración o disolución socio cultural: el nuevo rostro de la política social. Editorial Porvenir. San José, Costa Rica.